

Supervisão na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: concepções, práticas e perspectivas

Supervision in the Multiprofessional Residency in Collective Health: conceptions, practices and perspectives

Monique Azevedo Esperidião¹, Yara Oyram Ramos Lima², Mariluce Karla Bomfim de Souza³, Alcione Brasileiro Oliveira Cunha⁴, Ana Cristina Souto⁵, Erika Santos de Aragão⁶

RESUMO O artigo descreve concepção e práticas da função de supervisão das atividades desempenhadas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde, destacando aspectos, como: articulação de campos de práticas; rotina de acompanhamento; produtos alcançados e processos avaliativos. São realizadas as distinções conceituais entre supervisão, preceptoria e tutoria como modalidades de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teórico-práticas desenvolvidas no âmbito do campo de atuação. Por fim, busca apontar avanços e fragilidades no processo de supervisão, considerando os desafios dos campos de prática e da formação em serviço, representada pela Residência Multiprofissional, em tempos de desmonte do Sistema Único de Saúde, analisando como o encontro entre conhecimentos teóricos e práticos podem favorecer uma formação diferenciada para o enfrentamento da crise.

PALAVRAS-CHAVE Residências Multiprofissionais. Saúde pública. Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Prática profissional.

ABSTRACT *The article describes the conception and practices of the supervising function of the activities carried out in the Multiprofessional Residency Program in Public Health with a focus on Health Policy, Planning and Management, highlighting aspects such as: articulation of practice fields; follow-up routine; products achieved and evaluation processes. The conceptual distinctions between supervision, preceptory and tutoring are made as modalities of academic guidance focused on the discussion of the theoretical-practical activities developed within the field of action. Finally, it seeks to point out advances and weaknesses in the supervision process, considering the challenges of the fields of practice and in-service training, represented by the Multiprofessional Residency, in times of dismantling of the Unified Health System (SUS), analyzing how the encounter between theoretical and practical knowledge can favor a differentiated training to cope with the crisis.*

KEYWORDS *Multiprofessional Residences. Public health. Health planning. Health management. Professional practice.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. moniqueesper@yahoo.com.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. yaraoyram@yahoo.com.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. marilucejbv@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. alcionecunha27@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. anasouto@ufba.br

⁶Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. erikapecs@gmail.com

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram instituídas em 2005 por meio da Portaria Interministerial nº 2.117/05, do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde¹, e mostram-se como importantes perspectivas formativas para o Sistema Único de Saúde (SUS), como nova modalidade que permite aproximar a academia dos campos de práticas, ao interior dos serviços de saúde, abrindo a possibilidade da redefinição dos conteúdos das práticas e possibilitando a emergência de novos saberes e práxis.

As Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva, em particular, permitem tensionar a habitual lógica reproduzida no cotiando dos serviços de saúde, como velhas práticas da saúde pública tradicional, para uma perspectiva de inovação que reconfigure os modelos de gestão e cuidado em saúde. Desenvolver práticas coletivas que enfrentem as ações fragmentadas reforçadas pelas formações iniciais é um valor da RMS que deve ser reforçado nas atividades cotidianas, inclusive como compromisso com os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que se refere à integralidade². Destaquem-se ainda as possibilidades que encerram tais propostas na mediada em que a formação de tais categorias profissionais permite implementar mudanças no modelo assistencial vigente, como alternativas aos modelos hegemônicos estruturantes na formação graduada³.

Os Programas de Residência Multiprofissional destinados às profissões da saúde, excetuada a médica, constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* sob forma de curso de especialização, caracterizados por ensino em serviço, com carga horária semanal de 60 horas, dedicação exclusiva e duração mínima de dois anos⁴ para a qual é destinada uma bolsa de estudos, o que muitas vezes se configura como grande atrativo para os profissionais recém-formados, que dificilmente receberiam no mercado de trabalho valor igual na condição de iniciantes.

A despeito de no senso comum se encontra a

noção de supervisão prelacada à direção, controle e vigilância, no campo da saúde, e, em particular, considerando os processos formativos de profissionais voltados para a educação em serviço, como é o caso das Residências, nesta experiência encontra-se uma delimitação mais precisa. O papel do supervisor está geralmente relacionado com as atribuições de acompanhamento e avaliação de desempenho de conhecimentos e habilidades de profissionais ainda em início de carreira. Nas RMS o supervisor tem a função de estabelecer uma mediação entre teoria e prática, com propósitos acadêmicos, o que o diferencia, por exemplo, do papel de preceptor, este último mais voltado para a formação a partir da inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um relato de experiência do processo de supervisão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPG), ofertado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), descrevendo suas concepções e práticas na articulação de campos de práticas, rotinas de acompanhamento das atividades desempenhadas, produtos alcançados e processos avaliativos na formação dos residentes. Foram consideradas as experiências das supervisoras do Programa, desde 2016, no acompanhamento de três turmas de residentes, incluindo alunos com distintas formações em saúde, entre eles, o bacharel em saúde coletiva.

A Residência em Saúde Coletiva com área de concentração em planejamento e gestão em saúde

A primeira oferta do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob a forma de Residência, área de concentração planejamento e gestão em saúde, foi constituída em 2016, por

bacharéis em saúde coletiva, odontólogos e enfermeiros em acordo com a Resolução da CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, que estabelece o mínimo de três profissões da saúde para caracterizar a Residência Multiprofissional em Saúde⁴. A terceira oferta passou a incluir nutricionistas fisioterapeutas e fonoaudiólogos e psicólogos.

A Residência possui carga horária total de 5.760 horas, concentrando a maior parte das atividades a serem desenvolvidas nos campos de práticas – ‘ensino em serviço’ –, os quais incluem espaços de gestão pública da saúde no âmbito distrital e municipal de Salvador, no estado da Bahia. Outras possibilidades de inserção dos residentes para além da integração ensino-serviço-comunidade têm-se constituído importantes para a formação, como a articulação com o Curso de Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA e o Observatório de Análise Política em Saúde (Oaps), projeto de pesquisa de grade abrangência financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do qual participam inúmeros docentes da área de PPG do ISC/UFBA, cuja principal finalidade é promover o acompanhamento de políticas de saúde implantadas nas diversas áreas no Brasil.

A definição dos campos de práticas nos espaços de gestão e planejamento incluem especialmente as áreas centrais da Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas também as sedes dos Distritos Sanitários (DS). Para a definição desses campos, ocorreu articulação prévia e alinhamento da proposta da Residência e das necessidades apontadas pelos profissionais e gestores dos potenciais campos.

Em cada campo de prática, as ações são orientadas pelo plano de trabalho elaborado por cada residente a partir da discussão com o preceptor (profissional indicado pelo serviço), e revisado pelo supervisor. As ações buscam contemplar necessidades de organização, planejamento e acompanhamento de ações e serviços em cada território. As

especificidades inerentes a cada distrito sanitário, conforme observado ao longo desses quase três anos, apontam necessidades de adaptações nos planos de trabalho, inclusive, influenciam nas decisões sobre a permanência ou mudança de determinado distrito como campo de prática da Residência.

A fim de proporcionar a reflexão e a análise crítica dos residentes sobre as políticas de saúde, o Oaps apresentou-se como profícuo pelo seu objetivo e pela sua composição enquanto rede de pesquisadores de variadas instituições voltada para a produção do conhecimento crítico na área de políticas de saúde. Assim, são apresentados aos residentes os 12 eixos do Observatório, em que a sua inserção é livre, sendo percebidas as preferências de inserção nos eixos em que os respectivos supervisores estão envolvidos ou ainda naqueles eixos de identificação com o objeto. Desse modo, os residentes participam e acompanham o desenvolvimento da análise do processo da Reforma Sanitária, estudos e pesquisas de eixos como aqueles voltados para a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, Atenção Primária à Saúde, política de medicamentos, assistência farmacêutica e vigilância sanitária, saúde mental, trabalho e educação na saúde, modelos de gestão e mídia, dentre outros.

Outra proposta apresentada aos residentes tem sido a sua integração com os estudantes do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) por meio dos variados componentes curriculares, em especial os componentes Práticas Integradas em Saúde Coletiva (I, II, III, IV e V). Nos últimos dois anos, mediante reuniões dos docentes, do colegiado do curso e do Núcleo Docente Estruturante (NDE), propostas de integração entre os componentes curriculares e articulação/interlocução entre os estudantes de graduação e da Residência têm sido pensadas e já ensaiadas. Nesse sentido, os residentes são inseridos no primeiro ano de Residência (R1) em componentes teóricos e teórico-práticos de 34 e 68 horas semestrais ofertados no turno da noite.

Diante das possibilidades variadas de inserção dos residentes nos espaços de gestão e planejamento do sistema e serviços de saúde e pelas oportunidades de reflexão e discussão crítica sobre as políticas de saúde, além dos encontros para abordagem teórica dos conteúdos que direcionam os módulos teóricos, eles têm sua agenda variada.

A possibilidade de dispor de profissionais que buscam trabalhar harmonizando práticas profissionais e acadêmicas possibilita o desenvolvimento das ações da Residência de forma articulada por meio da ação da supervisão e preceptoria de forma mais integrada.

Concepções de tutoria, preceptoria e supervisão

Distintas situações e conceitos são abordados para definir as atividades de preceptoria, supervisão, mentoria ou tutoria, correspondendo a diferentes concepções, tanto no âmbito da graduação quanto na pós-graduação^{5,6}. Pode-se dizer, de modo geral, que as diferenças entre os preceptores e tutores estão relacionadas com o vínculo institucional, tempo de acompanhamento do residente e funções no programa. Para Bolti e Rego, a supervisão

[...] deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-graduado a utilizar adequadamente o tempo, por meio de priorização de procedimentos e atitudes⁵⁽³⁶⁶⁾.

Nesse sentido, a supervisão pode contribuir para a qualidade dos serviços de saúde, por meio de uma formação reflexiva e crítica das práticas dos profissionais de saúde. Para os mesmos autores, à preceptoria compete

[...] integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde⁵⁽³⁷¹⁾.

Ao considerar o art. 9º da Resolução nº 06/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino da Universidade Federal da Bahia⁷, as atividades de supervisão dos residentes serão desenvolvidas por supervisor(a)/coordenador(a), tutores(as) e preceptores(as), nos seguintes termos:

I - o supervisor(a)/coordenador(a) - será o professor responsável por coordenar o curso, que deverá ser um tutor, com a função de articular as atividades entre os demais tutores e os preceptores; II - o tutor - será o professor responsável pela orientação técnico-profissional, sendo referência para o Residente no âmbito de cada profissão, ou do campo de atuação, orientando-o e supervisionando-o quanto às suas atividades de educação em serviço, individuais e coletivas, articulando e avaliando o desempenho dos mesmos, segundo as estratégias metodológicas estabelecidas pelo Curso, na perspectiva da integração ensino e serviço; III - o preceptor - será o profissional responsável pela orientação técnico-profissional, com formação mínima de especialista, com a função de implementar e acompanhar in loco o processo de formação dos Profissionais Residentes no processo de trabalho, de modo geral e específico, individual e coletivo, conforme o modelo pedagógico-assistencial do Curso, devendo este trabalhar na Unidade de aprendizagem em Serviço, podendo ser docente ou profissional da área; IV - o Preceptor Colaborador - será o profissional responsável pela orientação técnico-profissional e que não tenha vínculo empregatício com a UFBA, e só poderá exercer sua colaboração através de convênio entre a UFBA e a Unidade de aprendizagem em Serviço⁷⁽³⁾.

A supervisão direta do residente, portanto, é feita pelo preceptor, profissional vinculado ao serviço de saúde onde se desenvolve o programa. O estudo de Vieira⁸ apontou que a preceptoria se constitui como uma atividade adicional para o profissional de saúde, sendo uma preocupação a conciliação das funções

assistenciais com as funções de ensino/formação prática dos estudantes, demandando saberes e competências.

Conforme Resolução UFBA, os tutores são docentes que devem ter como qualificação mínima o título de Mestre e experiência profissional de pelo menos três anos. A carga horária das atividades dos docentes envolvidos nas Residências deverá constar do planejamento acadêmico e ser registrada no sistema acadêmico, como forma de evitar situações de excesso de carga horária, embora nem sempre isso seja possível⁷.

Ressalta-se que as funções estabelecidas na Resolução nº 06/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino da UFBA estão sendo revisadas pela universidade por não abranjerem as especificidades de todos os programas de Residências Profissionais de Saúde. No caso da RMS em PPG, as funções de supervisão são desenvolvidas por professores ligados à UFBA, ao passo que os preceptores são ligados aos serviços, sem possuir vínculo com a universidade.

A prática cotidiana da supervisão no Programa PPG: concepção, atividades e produtos

O cotidiano da gestão de serviços de saúde é permeado por demandas pontuais que precisam de ação rápida e oportuna, a exemplo das ações de vigilância, mas também daquelas decorrentes de processos de médio prazo mediadas no âmbito do planejamento das ações. Ou seja, existem demandas constantes, por tempo ininterrupto e indeterminado, voltadas a responder, quase sempre, a situações-problema existentes nos serviços.

Em que pese a existência de tais demandas, a identificação de atividades pertinentes à área de planejamento e gestão, com ênfase em ações estruturantes internas aos serviços, torna-se uma tarefa relevante para as

coordenações e supervisões no processo formativo, ao interior da Residência.

A escolha dos campos de práticas implica a existência de viabilidade de ações no contexto dos serviços, permitindo que o profissional em processo de formação seja inserido em uma realidade concreta e que os processos em curso sejam capazes de problematizar a realidade, estimulando a reflexão crítica acerca dela.

A inserção dos residentes nos espaços de gestão dos DS de Salvador, em um contexto favorável aos processos de planejamento participativo e estratégico, foi um aspecto positivo para a experiência de supervisão. O processo de inserção nos campos e a aproximação com temáticas relevantes a cada distrito foram intermediadas por técnicos que tiveram a função de preceptoria aos residentes, viabilizando a identificação de demandas e a articulação deles com os demais profissionais e serviços existentes no território.

Assim, na primeira turma de Residência, os esforços foram direcionados para o exercício do planejamento na elaboração dos instrumentos de gestão, em especial a preparação da Programação Operativa Anual e dos Relatórios Quadrimestrais, elemento esse importante para a elaboração do Relatório Anual de Gestão.

O processo de supervisão caracterizou-se com uma frequência semanal nos serviços de saúde onde foram inseridos os residentes e em algumas situações alternadas na Universidade. Esses momentos, além do compartilhamento das rotinas técnicas da semana, funcionavam como espaço de trocas e de estudo. O estímulo à problematização acerca da realidade vivenciada, seus conflitos, desafios e sucessos foram um ponto importante na rotina das supervisões, tornando esse momento útil tanto para a socialização das ações realizadas no período, esclarecimentos de questões pertinentes à rotina técnica, quanto espaço de discussão teórica, desde que trazida pelos residentes.

Desse modo, em articulação com os

processos demandados em nível central pela SMS, as atividades foram desenvolvidas em diversas etapas, buscando articular os cronogramas da gestão dando subsídio à construção dos documentos integrantes do processo de planejamento.

Entre os produtos de maior relevância técnica, estão:

- Elaboração de diversos relatórios quadrimestrais que demandaram a articulação com os grupos técnicos na sede dos distritos sanitários e com os profissionais das unidades. Esse movimento gerou maior envolvimento dos residentes com as equipes técnicas, visto que quase sempre havia necessidade de esclarecimentos adicionais sobre os dados coletados.
- Operacionalização do processo de planejamento no âmbito do DS, em articulação com as unidades de saúde, haja vista a elaboração da Programação Operativa Anual.
- Contribuições para a elaboração do Relatório Anual de Gestão dos distritos.
- Análise de situação de saúde envolvendo a discussão sobre os problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde, ponto prioritário para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.
- Participação na condução de boletins técnicos sobre a hanseníase e a sífilis congênita.
- Elaboração de cartilha informativa sobre todos os serviços disponíveis nos distritos, tendo em vista orientar os próprios profissionais de saúde das unidades sobre os processos de encaminhamento de usuários a diversos serviços de referência.

Vale destacar que a realidade específica de cada DS apresentou, de forma distinta, aspectos positivos e negativos que merecem

ser observados. A supervisão das ações que perpassem o movimento de identificar, propor, realizar e avaliar uma ação não se torna algo simples no âmbito da formação em nível de Residência.

Diferentes modos de condução da gestão dos serviços também podem interferir no rumo das atividades a serem realizadas, e essa parece uma questão importante a ser trazida. A impotência diante da pouca compreensão sobre o planejamento no nível local merece destaque, o que dificulta o acesso a informações relevantes para a condução e contribuição da supervisão na proposição e orientação das atividades dos residentes.

A avaliação do processo de desenvolvimento dos residentes é realizada de modo participativo, com base nas ações desenvolvidas e em habilidades observadas e adquiridas ao longo do percurso. Diferentes instrumentos apontam critérios para composição do processo de avaliação que inclui não só a avaliação do supervisor sobre seu aluno como também dos demais atores envolvidos, bem como avaliação do aluno sobre o supervisor e preceptor, docentes, coordenação, entre outros.

Na avaliação que é feita pelos residentes, priorizam-se dimensões acerca do funcionamento geral do programa, como infraestrutura da unidade de ensino; condições físicas e materiais do campo de prática; mas também avaliação do supervisor na habilidade para administrar problemas que emergiram no campo de prática e condição dos elementos acadêmicos necessários à problematização das práticas profissionais; avaliação pedagógica do processo formativo; avaliação dos docentes e da coordenação. Destaque-se também o instrumento de autoavaliação feito pelo próprio residente.

Na avaliação do residente feita pelo supervisor, consideram-se dimensões como iniciativa, compromisso, habilidades técnicas e de interações interpessoais, além da avaliação da qualidade dos relatórios e produtos finais.

A constituição de equipes formativas

A experiência das equipes formativas desenvolvidas na Residência deve ser ressaltada pela possibilidade de desenvolvimento de atividades e formação com estudantes em distintas etapas de formação – graduação e pós-graduação –, conformando um mesmo espaço de interação e desenvolvimento de ações de forma integrada. Vale ressaltar que tanto os estudantes da graduação quanto os estudantes da Residência – visto que os grupos podem ser compostos por R1 (residente do primeiro ano) e R2 (residente do segundo ano) – encontram-se em distintas etapas de seu processo formativo, já que uns estão cumprindo componentes curriculares que envolvem práticas em serviços enquanto outros já desenvolvem o estágio obrigatório do curso.

A experiência desenvolvida em um DS de Salvador permitiu o desenvolvimento de atividades com um grupo de uma R1, duas R2 e dois estagiários da graduação em saúde coletiva, o que possibilitou o acompanhamento de ações de rotina do trabalho das chefias desse distrito. As atividades foram desenvolvidas de forma complementar, sendo os estagiários de residentes responsáveis por atividades específicas, mas que se complementavam. Todas as atividades foram definidas e acompanhadas pelas chefias, sem desconsiderar que as atividades de R2 permitiam o desenvolvimento do planejamento junto à equipe gestora do DS, ao tempo em que R1 desenvolviam ações junto às chefias de distintas áreas do DS – vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, programas de atenção à saúde – e os alunos de graduação e técnicos do DS apoiavam a execução das ações planejadas.

Outra experiência que se deu em um segundo momento foi o desenvolvimento de ações integradas com R1 e alunos da graduação na realização de atividades do componente de práticas integradas, que, diferentemente dos estágios, são ações

mais pontuais no tocante a um objeto e com produto específico ao final do semestre. Na oportunidade, foram desenvolvidos bancos de dados com registros de casos de microcefalia identificados no DS no sentido de apoiar as ações de vigilância epidemiológica; bancos para o registro dos estabelecimentos sob ação da vigilância sanitária e também um seminário e realização de um diagnóstico sobre o conhecimento dos profissionais do DS acerca do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notvisa), como resposta a uma necessidade da coordenação do DS em desenvolver uma atividade com os profissionais sobre o tema.

Considerações finais

Aliar formação teórica e prática profissional é certamente um desafio, mas, sem dúvida, encerra um importante pressuposto da educação permanente. A formação em campo de trabalho constitui-se como uma oportunidade especial para reordenamento dos saberes e práticas na lida cotidiana dos serviços de saúde na direção da mudança desejada, em especial em conjunturas de desmonte do direto à saúde, como a que é enfrentada.

No caso apresentado, a Residência tem-se mostrado como importante espaço para mediação de saberes e reinvenção das práticas, reafirmando o lugar do Planejamento, como ferramenta de gestão, mas, sobretudo, processo social em que participam sujeitos, individuais e coletivos, ao interior e das Secretarias de Saúde, Municipal ou Estadual, mas também na gerência dos DS e unidades de saúde.

De fato, os programas de Residências em saúde vêm sendo apontados como importantes ativadores dos processos de trabalho e, em particular, do trabalho em equipe⁹, favorecendo a qualificação profissional, promovendo o envolvimento e participação dos trabalhadores no desenvolvimento das atividades, agregando conhecimentos e habilidades ao trabalho em

saúde, muitas vezes desprovido de sentido ou reificado, alienado.

Por outro lado, há que se destacar dificuldades na inserção dos residentes nas equipes de gestão e equipes de saúde, o que se configura em entraves aos processos de trabalho nas instituições de saúde, cuja dinâmica apresenta-se com relativa complexidade, seja em suas funções, seja na interação entre os sujeitos. O estudo de Cruz⁹ aponta alguns desses obstáculos, tais como conhecimento insuficiente para execução de novas atividades; dificuldades para exposição de ideias em virtude de características pessoais; relacionamento interpessoal com pessoas estranhas à equipe; tempo insuficiente para participar das atividades em decorrência da sobrecarga de demandas; e tempo insuficiente para desenvolvimento das ações propostas.

As dificuldades apontadas pelo estudo são reiteradas pela rotatividade dos residentes que acompanham atividades em distintos âmbitos da organização dos serviços no período dos dois anos da formação. Esse fato se apresenta como positivo para o especializando, pois permite que ele tenha experiências em distintas instâncias da organização administrativa do município; por outro lado, impossibilita a conclusão de algumas atividades e a criação de vínculos mais estáveis com as equipes no sentido de permitir uma relação de colaboração plena no desenvolvimento das atividades.

Para além das questões relacionadas com a formação, deve-se lembrar que um desafio importante no desenvolvimento das práticas

da RMS refere-se à integração que se faz necessária entre coordenação, professores, tutores e preceptores. Ressalta-se que essa relação não se dá de forma horizontalizada e pode envolver questões melindrosas, como no tocante à inexistência de programa de incentivo institucional, ao aumento da carga de trabalho sem mudança na remuneração, à falta de capacitações na área de ensino, entre outros. Ademais, muitos desses profissionais não gozaram, ao longo de sua formação acadêmica, de metodologias de ensino pautadas no trabalho multiprofissional em busca da integralidade dos cuidados. Assim, é mister apontar que um dos desafios está justamente em considerar que, ao longo da trajetória do aluno, formam-se também as competências e habilidades do supervisor, preceptor e tutor. A educação permanente e o estímulo para que os egressos continuem participando do programa, como preceptores, são caminhos implementados como apostas para melhorar esse quadro². Ainda, o processo de formação dos preceptores pode ser apontado como uma forma de contornar esse desafio. Nota-se o desenvolvimento recente de editais nessa linha, o que representa uma importante oportunidade de qualificação dos programas de Residência.

Colaboradores

As autoras participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº2117/GM, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 nov 2005 [acesso em 2018 maio 8]. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf>.
2. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, et al. Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.* 2013 jul-set; 18(3):592-595.
3. Rosa SD, Lopes REL. Residência Multiprofissional em Saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. Educ. Saúde.* 2009; 7(3):479-498.
4. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União. 13 abr 2012.
5. Bolti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis. *Rev Bras Educ Méd.* 2008 jul-set; 32(3):363-373.
6. Parente JRF. Preceptor e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Sanare.* 2008 jul-dez; 7(2):47-53.
7. Universidade Federal da Bahia. Resolução nº 06/2016 do Conselho Acadêmico de Ensino da Universidade Federal da Bahia. Estabelece as normas complementares para Cursos de Pós-Graduação lato sensu sob a forma de Residências Profissionais da UFBA. Universidade Federal da Bahia. 2016.
8. Vieira ANM. Competências do preceptor da residência multiprofissional em saúde no âmbito hospitalar [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2015.
9. Cruz LM. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – percepção dos profissionais do Serviço no Município de Palmas/Tocantins [dissertação]. São Paulo: Unifesp; 2013.